



MINISTERO
DELL'INTERNO

КАРТА ПРОФІЛАКТИЧНОГО АНАМНЕЗУ

Дата щеплення _____

Я, нижчепідписана особа (прізвище та ім'я) _____

місце народження _____ дата народження _____

маю намір отримати/дозволяю отримати моїй дитині (прізвище та ім'я) / особі, яка перебуває під моїм опікунством (прізвище та ім'я)

місце народження _____ дата народження _____

наступні щеплення або цикл щеплень:

☐ Заявляю що я

☐ Заявляю, що моя дитина

☐ Заявляю, що особа, яка перебуває під моїм опікунством.

1. на цей час маю/має гарячку або інфекційне захворювання	Так	Hi
2. страждаю/є на неврологічні захворювання (наприклад, судоми, епілепсію або неврологічні розлади в анамнезі), якщо так, вказати які:	Так	Hi
3. хворіла/в попередньо на неврологічні захворювання після щеплень (синдром Гійєна-Барре, плечовий неврит) в минулому, якщо так, то яка реакція та на яку вакцину:	Так	Hi
4. маю/є захворювання імунної системи (імунодефіцити, трансплантати), якщо так, вказати які:	Так	Hi
5. отримувала/в переливання крові та/або введення імуноглобулінів протягом останніх 11 місяців	Так	Hi
6. маю/є алергію на лікарські засоби, хімічні речовини, яєчні білки, желе тваринного походження якщо так, то на яку речовину і яка реакція:	Так	Hi
7. мала/в попередні алергічні реакції після введення вакцин якщо так, то вказати, яких вакцин яка реакція	Так	Hi
8. у минулому мала/в тромбоцитопенію (зниження кількості тромбоцитів) після щеплень якщо так, то вказати, після яких вакцин	Так	Hi
9. приймаю/є або приймала імуносупресивну терапію протягом останнього року: наприклад, кортизон, хіміотерапію, променеву терапію, біологічні препарати якщо так, вказати яку і коли:	Так	Hi
10. є вагітною (для жінок дітородного віку) якщо так, вказати гестаційний тиждень:	Так	Hi
11. страждаю/є від інших серйозних захворювань якщо так, вказати яких:	Так	Hi
12. отримала/в щеплення протягом останнього місяця, якщо так, вказати. які:	Так	Hi

Я заявляю, що правильно повідомила/в інформацію про стан мого здоров'я / про стан здоров'я моєї дитини / особи, яка перебуває під моєю опікою.

Розбірливий підпис запитувача/особи, яка здійснює батьківські повноваження / опікуна